

Bioética

PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Recentemente, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, considerando “a gravidade da infecção pelo HIV e AIDS no Brasil... destacando-se a crescente feminização da epidemia”, bem como “as altas taxas de transmissão vertical do HIV no país, apesar da disponibilização de tratamento gratuitos às gestantes na rede pública, incluindo o acesso aos medicamentos anti-retrovirais” e, finalmente, “a comprovada eficácia do tratamento anti-retroviral durante a gravidez, o trabalho de parto e as primeiras semanas de vida, o que permite redução significativa do risco de um recém-nascido contrair o vírus HIV de uma gestante soropositiva”, editou a seguinte Resolução¹:

Artigo 1º - É dever do médico solicitar à mulher, durante o acompanhamento pré-natal, a realização do exame para detecção do HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, resguardado o sigilo profissional.

Artigo 2º - É dever do médico fazer constar no prontuário médico a informação de que o exame anti-HIV foi solicitado, bem como o consentimento ou a negativa da mulher em realizar o exame.

Artigo 3º - Os serviços e instituições de saúde, públicos e privados, devem proporcionar condições para o exercício profissional, disponibilizando exames, medicamentos e outros procedimentos

necessários ao diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV em gestantes, bem como assistência ao pré-natal, parto, puerpério e atendimento ao recém-nascido.

Comentário

A transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) da mãe para a criança determina uma infecção crônica e fatal, que agora pode ser prevenida com a utilização de adequada terapêutica anti-retroviral; os índices de transmissão mãe-criança, que sem tratamento são superiores a 20%, podem ser reduzidos a 2% ou menos, quando a carga viral materna é diminuída a níveis indetectáveis por terapêutica anti-retroviral agressiva, ou quando a profilaxia com zidovudina é combinada com a realização de cesariana eletiva². Por isso, a Resolução do CREMESP é importante: não é admissível, hoje, que os médicos deixem de fazer o diagnóstico de infecção materna e de adotar condutas terapêuticas adequadas, capazes de impedir quase completamente a transmissão vertical do HIV.

Resoluções dos Conselhos de Medicina, por si só, não mudam a conduta dos médicos; seu papel educativo, porém, é indiscutível.

GABRIEL WOLF OSELKA

Referências

1. Resolução CREMESP nº 95, de 14/11/00, publicada no Diário Oficial do Estado, seção I, nº 223, de 22/11/00. p. 48.
2. Mofenson LM. Perinatal exposure to zidovudine – benefits and risks. *N Engl J Med* 2000; 343: 803-5.

Clínica Médica

CETOACIDOSE DIABÉTICA: CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO

A American Diabetes Association propõe dois esquemas de insulino-terapia para o tratamento da cetoacidose diabética, um deles usando insulina endovenosa (EV) na dose de 0,1 unidade / kg peso/hora com ajuste conforme resposta da glicemia: dobrando a taxa de infusão quando a glicemia diminuir em velocidade menor que 50-70 mg/dl/hora e diminuindo esta infusão quando a queda da glicemia for maior que 70 mg/dl. Outro esquema adotado pela mesma Associação preconiza o uso de insulina regular IM ou subcutânea (SC): bolo inicial de 0,4 unidades/Kg (metade dessa dose inicial em bolo EV e metade via IM ou SC) e depois mantendo dose de 0,1 unidade/Kg/hora IM ou SC, observando a taxa de queda da glicemia, que deve ser mantida entre 50 e 70 mg/dl/hora. Quando a glicemia chegar a níveis menores que 250 mg/dl, o pH arterial for maior que 7,30, o bicarbonato arterial tiver valores maiores que 18 mEq/l e os corpos cetônicos diminuírem, considera-se que ocorreu a reversão do quadro de cetoacidose e o controle passa a ser realizado com insulina Regular (SC) de 4 em 4 horas conforme glicemia capilar, e a prescrição do dia seguinte utilizará insulina NPH com 2/3 da dose total de insulina regular no dia anterior ou de 0,6/U/Kg de peso. A reposição de potássio é importante, pois o

potássio corporal total estará diminuído; entretanto, devido à acidose, o nível de potássio pode estar aumentado no meio intravascular, portanto a reposição só deve ser realizada se sua concentração sérica estiver dentro da normalidade.

Comentário

No Pronto Socorro do Hospital das Clínicas/FMUSP utilizamos insulina regular IM devido à eficácia comparável ao uso de insulina EV e pelo maior cuidado que a terapia endovenosa exige na monitorização do paciente, cuidados estes nem sempre possíveis de serem realizados em uma unidade de emergência. O tratamento adequado normalmente reverte a condição em tempo médio de 4 a 7 horas. O cuidado na velocidade de diminuição das taxas de glicose no sangue e a hidratação com observação clínica cuidadosa tendem a evitar as complicações do tratamento e explicam porque a mortalidade da condição declinou nos últimos anos.

**RODRIGO ANTONIO BRANDÃO NETO
AUGUSTO SCALABRINI NETO**

Referências

1. Alberti KG, Hockaday TD, Turner RC. Small doses of intramuscular insulin in the treatment of diabetic coma. *Lancet* 1973; 515-522.
2. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, et al. Management of hyperglycemic crises in patients with diabetes mellitus (Technical Review). *Diabetes Care* 2001; 24: 131-53.
3. American Diabetes Association: Hyperglycemic crises in patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2001; 24: 154-61.
4. Morris LR, Murphy MB, Kitabchi AE. Bicarbonate therapy in severe diabetic ketoacidosis. *Ann Int Med* 1986; 105: 836-40.

Clinica Cirúrgica

VIDEOTORACOSCOPIA NO TRAUMA DE TÓRAX

O emprego da videocirurgia no diagnóstico e tratamento dos traumatismos torácicos constitui um campo aberto. Pouco são os relatos de sua aplicação e, portanto, a padronização técnica e sua indicação não estão bem estabelecidas¹.

A condição fundamental para indicação da videotoracoscopia no trauma torácico é a estabilidade hemodinâmica. Os doentes instáveis evidentemente requerem um tratamento imediato, condição que exclui qualquer tipo de exame, inclusive a videotoracoscopia. Portanto, doentes estáveis com hemotórax ou hemo-pneumotórax, ferimentos toracoabdominais, ferimentos transfixantes do mediastino ou então portadores de corpos estranhos intrapleurais, constituem os eventuais grupos que poderão beneficiar-se da videotoracoscopia.

A videocirurgia é de fundamental importância para o diagnóstico de lesões do diafragma, nos ferimentos da transição toracoabdominal em doentes assintomáticos. Sem este método diagnóstico, nestes casos, a lesão passará despercebida.

Os objetivos deste procedimento são: diagnóstico precoce de uma lesão, fonte de sangramento ou de escape de ar e o seu tratamento, sem a realização da toracotomia, evitando-se assim um traumatismo maior para o doente.

A experiência do Serviço de Emergência da Santa Casa de São Paulo, com 52 doentes, permite-nos concluir que o procedimento é eficaz e apresenta pouca ou nenhuma morbidade².

Comentário

Com o desenvolvimento da videotoracoscopia, o emprego de toracotomias para diagnóstico de doença pleuropulmonar, especialmente de nódulos solitários, diminui consideravelmente.

Entre as grandes vantagens desse método estão a pouca agressividade, a possibilidade de diagnóstico preciso e terapêutica adequada sem toracotomia nos casos eletivos e nas urgências.

É a experiência do Serviço de Emergência da Santa Casa de São Paulo que nos permitiu aquilatar seu valor em várias oportunidades.

ROBERTO SAAD JÚNIOR

Referências

1. Saad Jr R e Rasslan S. A videocirurgia no trauma de tórax. *Rev Col Bras Cir* 1993; 20:111.
2. Dorgan Neto, V Saad Jr, R Rasslan S. Videotoracoscopia no trauma de tórax. *Rev Col Bras Cir* 2001; 28:3-8.

Economia da Saúde

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família (PSF) de 1994, desenvolvido a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1991, vem causando alterações significativas na alocação de recursos, forma de pagamento de serviços e modelo de assistência médica. O PACS e o PSF apresentam uma discriminação positiva em favor da população carente no país, vêm atuando na prevenção e promoção da saúde e estão provocando a antecipação da demanda e toda uma reorganização dos serviços de saúde.

Cada grupo do PSF, composto por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários, atinge em média cerca de 800 a 1000 famílias e recebe de R\$ 28.000,00 a R\$ 54.000,00 do SUS por ano (além de R\$ 1.500,00 por agente comunitário)¹. Em junho de 2000, o PACS cobria mais de 26 milhões de brasileiros e o PSF quase 10 milhões. Mas a distribuição geográfica do PACS/PSF ainda é bastante diferenciada. Alagoas, Ceará e Minas Gerais, responsáveis por 50% da população coberta pelo PSF no Brasil em junho de 2000, já apresentavam um grau de cobertura do PSF respectivamente de 31%, 22% e 13% da população em cada um dos estados².

A importância crescente do PACS/PSF pode ser avaliada pela evolução da participação destes programas nos recursos do SUS. O PACS/PSF, que representavam 4% do total dos recursos destinados para o Atendimento Ambulatorial e para a Atenção Básica em 1998, atingiram 12% em 2000.²

Comentário

O PSF está sendo apresentado como um modelo de assistência à saúde para atingir a população brasileira carente e de alto risco. Mais da metade da população brasileira apresentava renda familiar per capita inferior a 1 salário mínimo e 76% não estavam cobertas por planos privados de saúde em 1998.³ O PSF certamente tornará possível racionalizar os gastos públicos com saúde e, desta forma, ampliar e melhorar a assistência médica no Brasil.

Em recente debate, o coordenador do Curso de Especialização em Saúde

da Família da USP, Rubens Kon, o ex-secretário nacional de Assistência à Saúde, Gilson Carvalho, e a médica de família Monique Bourget discutiram os avanços e desafios do PSF. Os debatedores acreditam que o PSF conseguirá diminuir a demanda por especialistas e racionalizar o uso da tecnologia, das referências, da hospitalização, etc. Entretanto, a racionalização dos custos, a princípio, não deverá ser acompanhada pela redução do custo da saúde porque quando se dá atenção primária, automaticamente abre-se uma porta para tudo que está acumulado. "Pode ser que racionalizando o custo se consiga atender todo mundo. Mas, para fazer atenção primária de verdade, o custo não vai ser menor..." , afirma Monique Bourget⁴.

SAMUEL KILSZTAJN

Referências

1. Viana ALD, Lima LD. Family health program in Brazil. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/UERJ, 2001 (texto apresentado e distribuído no General Population Conference, 24, 2001, Salvador - mimeo).
2. Ministério da Saúde. Informações de saúde. Brasília, MS, 2001. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>.
3. Kilsztajn S, Camara MB, Carmo MSN. Gasto privado com saúde por classes de renda. In: IUSSP. General Population Conference, 24, 2001, Salvador. Anais de Demografia Brasileira... Campinas: ABEP, 2001. CD-ROM 16p. Disponível: <http://www.abep.org.br>.
4. Médico de família. Ser médico (CRMSP), 2001; 4: 20-8.

Ginecologia

RECOMENDAÇÕES DA AMERICAN HEART ASSOCIATION SOBRE TERAPÊUTICA DE REPOSIÇÃO HORMONAL NO CLIMATÉRIO E PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

A decisão de se utilizar a terapia de reposição com estrogênio (TRE) após a menopausa, objetivando a prevenção secundária da doença cardiovascular (DCV) tem propiciado inúmeras polêmicas. Isto ocorreu principalmente após a publicação do HERS (Heart Estrogen Replacement Study) que, diferentemente dos estudos observacionais prévios, mostrou que usuárias acima de 65 anos, da associação estrogênio conjugado equino (ECE, na dose de 0,625mg/dia) com acetato de medroxi-progesterona (AMP, na dose de 2,5mg/dia), com história de infarto do miocárdio, revascularização coronariana ou evidências angiográficas de coronariopatia, apresentavam aumento da mortalidade, quando comparado ao placebo. Esse incremento significativo da mortalidade ocorria no primeiro ano de uso dos hormônios e no decorrer dos anos seguintes reduzia-se, porém, de forma não significativa. Em função disso, a American Heart Association (AHA) resolveu se posicionar, emitindo um "Statement for Healthcare Professionals" com as seguintes recomendações: 1) a TRH não deve ser iniciada para a preven-

ção secundária; 2) a decisão para continuar ou suspender a TRH em mulheres com DCV, que já estavam em uso por longo tempo, deve se basear nos benefícios e riscos estabelecidos não-coronarianos e na preferência da paciente; 3) caso uma mulher desenvolva um evento agudo ou necessite permanecer imobilizada na vigência da TRH, é prudente que se descontinue o uso da TRH ou que se considere a profilaxia do tromboembolismo venoso. A reintrodução da TRH deve se basear nos benefícios e riscos estabelecidos não-coronarianos, bem como na preferência da paciente.

Comentário

O HERS, apesar de ser um estudo prospectivo, randomizado e controlado com placebo, apresenta algumas limitações. Entre elas, citam-se: 1) a população estudada era composta de mulheres idosas (acima de 65 anos) e não-climatéricas; 2) o hipolipemiante foi mais prescrito no grupo placebo, o que poderia explicar a menor mortalidade, em relação ao grupo usuário de hormônios; 3) a dose de estrogênio prescrita foi considerada alta para este grupo etário; 4) a adição do progestogênio poderia reduzir os efeitos cardioprotetores dos estrogênios e 5) o estrogênio usado por via oral propiciou o maior risco de tromboembolismo, que de fato ocorreu no primeiro ano de uso do hormônio. Entendemos que o "Statement" da AHA é oportuno e deve ser seguido; entretanto, é fundamental que se considere as limitações do HERS e que novos estudos devam ser realizados com outros tipos de esteróides, com doses distintas e por outras vias com o intuito de melhor aclarar esta questão.

JOSÉ MENDES ALDRIGHI
ANTONIO DE PÁDUA MANSUR
CLAUDIA MARIA SANTOS ALDRIGHI

Referência

Mosca L, Collis P, Herrington DM, et al. Hormone replacement therapy and cardiovascular disease. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 2001; 104:499-503.

Obstetrícia

NORMAS PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

A mortalidade materna, no contexto mundial, é utilizada como parâmetro para se avaliar a qualidade do serviço de saúde ofertado a uma população. Em outras palavras, quanto menor for a razão de mortalidade materna (RMM) de uma localidade, melhor a qualidade de saúde disponibilizada. A RMM declarada para o Brasil em 1998 foi de 65,8 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. Porém, somente 11 das 27 capitais (incluído o Distrito Federal) possuem Comitês de Mortalidade Materna atuantes ou em fase de implantação, e apenas o Comitê do Paraná executa um trabalho que abrange todo o Estado. Isso significa dizer que esta razão é bem maior do que a divulgada. Na cidade de São Paulo, onde existe um dos Comitês de Mortalidade Materna mais atuantes, verifica-se uma subnotificação do óbito materno em torno de 50% a 60%¹. Em um país de dimensões continentais, com realidades distintas, é importante a existência de Comitês de Mortalidade Materna com a função de identificar os problemas regionais e estabelecer medidas apropriadas para saná-los. Para uma

redução adequada da RMM é imprescindível a implantação de medidas básicas de saúde, como um planejamento familiar bem estruturado, um pré-natal consciente e coerente, com drenagem de casos patológicos para serviços de alto-risco. Estes serviços devem garantir uma referência para o parto, em hospitais equipados para tal atendimento e amparados por berçários de qualidade. Deve-se evitar a alta do pré-natal, acompanhando-se a gestante semanalmente até a vigência do parto. Os hospitais que atendem as gestantes sem patologia devem proceder a uma admissão supervisionada e mais coerente, visando a redução da peregrinação da gestante por vários serviços², o que geralmente ocasiona a transformação de um caso normal em um caso complicado. O atendimento à gestante deve ser regionalizado, evitando-se grandes deslocamentos para a realização da consulta de pré-natal e do parto.

Comentário

O avanços tecnológicos na área da saúde não param de acontecer. É fundamental uma reciclagem constante da equipe multiprofissional que assessora a gestante, para que o atendimento seja feito de forma digna, amparada por conhecimentos e tecnologia de ponta. As normas sugeridas visam o atendimento da população mais carente e, à primeira vista, parecem simples de serem executadas. Dependem, entretanto, de uma enorme vontade política agregada a uma mobilização da classe médica como um todo, para que realmente surtam o efeito desejado. Como se isto não bastasse, a nutrição da nossa população é deficiente e mal-orientada, com certeza predispondo ao agravamento das doenças. Diminuir a mortalidade materna é um trabalho árduo e sem resultados

imediatos, porém de suma importância para o bem-estar de nossa população.

CARLOS EDUARDO PEREIRA VEGA

Referências

1. Pazero LC, Marcus PAF, Vega CEP, Boyaciyani K, Barbosa SA. Estudo da mortalidade materna no Município de São Paulo durante o ano de 1996. Rev Bras Ginecol Obstet 1998, 20:395-403.
2. Tanaka ACA. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1995.

Pediatria

HORMÔNIO DO CRESCIMENTO - PARTE I

A Sociedade de Pesquisa em Hormônio de Crescimento reuniu-se para avaliar alguns aspectos do uso do hormônio (GH) e verificar se algumas preocupações com sua utilização encontram respaldo na literatura especializada.

Ao lado da análise sobre a segurança de seu uso em crianças, a Sociedade debruçou-se sobre os aspectos de segurança com o uso do GH em adultos.

Metabolismo da glicose – A prevalência de diabetes mellitus (DM) está aumentada em adultos hipopituitários e as ações metabólicas do GH incluem antagonismo à insulina. Recomenda-se que o metabolismo glicêmico seja avaliado em todos os pacientes, antes e após substituição com GH. DM ou tolerância a glicose alterada não são contra-indicações do uso de GH. O cuidado de diabéticos em uso de GH deve seguir

as recomendações usuais, com monitorização intensificada no início do tratamento. O exame de fundo de olho deve ser periodicamente realizado e, se bem que uma retinopatia não-proliferativa não seja motivo de descontinuação do uso de GH, o desenvolvimento de retinopatia proliferativa exige a suspensão do uso do hormônio de crescimento.

Retenção de fluidos – Pode ocorrer, especialmente nas fases iniciais do uso do GH. Parcialmente, isto reflete a normalização da hidratação tecidual, induzida por GH e dependente de dose. Peso, história clínica e exame físico são capazes de identificar tal ocorrência. Redução de dose no caso de sintomas persistentes deve ser considerada. Cuidado especial em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva.

Interação com outros hormônios – O GH aumenta a conversão de T4 a T3 e pode desmascarar um hipotireoidismo incipiente. Todos os pacientes devem ser monitorizados quanto à função tireoideana. O GH pode diminuir a concentração de cortisol total diminuindo a globulina ligadora (CBG). Pode também reduzir a biodisponibilidade de cortisol, aumentando sua conversão a cortisona. A possibilidade de uma insuficiência adrenal deve ser considerada durante a terapia.

Função cardíaca e lipoproteínas – A prevalência aumentada de doença cardiovascular observada na acromegalia ativa não pode ser extrapolada para o adulto hipopituitário em reposição de GH. Dessa forma, a monitorização da função cardiovascular deve seguir os padrões para população normal. A substituição de GH no adulto aumenta os níveis séricos de lipoproteínas. São incertas as implicações (se é que há) dessas elevações e isto deve ser

pesado contra os benefícios da instituição do tratamento com GH. Não recomendamos as dosagens de lipoproteínas como um procedimento rotineiro em pacientes hipopituitários.

Risco de câncer e recorrência de tumor – tem sido documentada uma incidência aumentada de certas doenças malignas (especialmente recorrência de tumor) em adultos hipopituitários, mas não há evidência que tal fato associe-se à reposição com GH. As recomendações usuais para prevenção de câncer e detecção precoce devem ser implementadas nos pacientes recebendo GH.

Aspectos de segurança em tratamento farmacológico de GH em adultos – Uso de Terapia Intensiva – Estudos demonstram que a mortalidade dobra em pacientes gravemente enfermos tratados com altas doses de GH. Em dois estudos controlados por placebo, envolvendo 522 pacientes, demonstrou-se que a mortalidade aumentou de 19% para 42% no grupo que recebeu GH.

Tratamentos farmacológicos com GH – Qualquer tratamento com GH que não seja de substituição em pacientes deficientes deve ser considerado farmacológico. Em condições específicas em que se esteja considerando o tratamento farmacológico, devem ser coletados dados de segurança e protocolos devem ser desenvolvidos, como se estivéssemos testando uma nova droga. A evolução negativa observada em pacientes em terapia intensiva que receberam altas doses de GH não podem ser automaticamente extrapolados para outras condições que podem, eventualmente, beneficiar-se deste tipo de uso.

Comentário

Cada vez mais tem havido indicações para o uso de GH em pacientes adultos que

foram crianças que cresceram normalmente e, por consequência, produziram seu GH nessa fase de crescimento. Os cuidados a serem tomados em tais pacientes são bem abordados pela Sociedade de Pesquisa em GH e abertas quanto a doses farmacológicas devem ser tomados em sua devida conta. Alguns "mitos" têm sido derrubados, como a contra-indicação do GH em casos de neoplasias e, extremamente importante, o seguimento dos pacientes, com avaliações periódicas com o intuito de se detectar alterações que podem levar à suspensão da medicação (como retinopatia proliferativa, por exemplo) nunca deve ser esquecido.

DURVAL DAMIANI

Referência

Growth Hormone Research Society. Critical evaluation of the safety of recombinant human Growth Hormone administration: statement from the Growth Hormone Research Society. *J. Clin Endocrinol Metab*, 2001; 86:1868-70.

Medicina Baseada em Evidências

DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA RUPTURA TRAUMÁTICA DA AORTA TORÁCICA

A ruptura traumática da aorta é responsável por cerca de 8.000 mortes por ano nos Estados Unidos, causadas principalmente por acidentes automobilísticos, atropelamentos, quedas e esmagamentos torácicos. A grande maioria dos pacientes tem morte instantânea. Os 10% a 15%

que chegam vivos ao hospital podem sobreviver se a lesão for diagnosticada e tratada rápida e eficazmente. Como nenhum centro de trauma possui enorme experiência no tratamento destas lesões, as diretrizes propostas são baseadas nas evidências atualmente disponíveis.

Nível I de evidência: Como não há estudo clínico prospectivo, randomizado, não dispomos de nível I de evidência para estabelecer uma conduta padrão.

Nível II de evidência: As recomendações listadas a seguir são baseadas em estudos prospectivos não-comparativos, ou retrospectivos com dados confiáveis: 1) a possibilidade de lesão traumática da aorta deve ser considerada em todos os pacientes envolvidos em colisões automobilísticas, independente da direção do impacto; 2) a radiografia de tórax é um bom exame de triagem, determinando a necessidade de investigações adicionais; os achados mais significativos incluem alargamento do mediastino, botão aórtico pouco definido, desvio do brônquio fonte esquerdo ou de sonda nasogástrica e opacificação da janela aortopulmonar; 3) a aortografia tem alta sensibilidade, especificidade e acuidade, sendo considerada o exame-padrão contra qual as outras modalidades devem ser comparadas; 4) tomografia computadorizada é um teste útil, tanto como triagem como para o diagnóstico da lesão; a técnica helicoidal ou espiral tem valor preditivo negativo extremamente elevado e pode ser usada isoladamente para excluir lesão da aorta, reservando-se a angiografia para exames duvidosos; 5) o reparo imediato da lesão é preferível quando o paciente tem outras lesões com risco imediato de vida, tais como a necessidade de craniotomia ou laparotomia urgente, ou o paciente é de alto risco cirúrgico, por idade avançada ou comorbidades, o

reparo deve ser retardado. Nestes casos, o controle medicamentoso da pressão arterial deve ser realizado até que a cirurgia possa ser realizada.

Nível III de evidência: As seguintes recomendações são baseadas em séries de casos retrospectivas ou em revisão de banco de dados: 1) a presença de pseudo coartação ou sopro interescapular deve desencadear investigação subsequente; 2) o eco transesofágico é também um exame sensível e específico, porém requer disponibilidade, treinamento e experiência do examinador; 3) o reparo da lesão é melhor conduzido com alguma técnica de perfusão distal; complicações neurológicas, principalmente a paraplegia, têm correlação com o tempo de isquemia que, portanto, deve ser o menor possível.

Comentário

Um alto índice de suspeita, baseado no mecanismo de trauma, é a maneira de rapidamente realizar o diagnóstico e tratamento desta lesão de alta letalidade. As novas técnicas multislice, que permitem tomografias de excelente qualidade em segundos, são altamente promissoras. Em virtude da raridade dos pacientes que chegam vivos, o papel das técnicas de perfusão distal deve ser determinado em estudos multicêntricos prospectivos. Enquanto isso, o rápido avanço das técnicas de reparo com próteses endovasculares provavelmente assumirão papel prioritário no tratamento destas lesões.

LUIZ FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO
RUY JORGE CRUZ JR

Referência

Guidelines for the diagnosis and management of blunt aortic injury. Eastern Association for the Surgery of Trauma, 2000. Disponível: www.east.org.